

Nr. Inreg. CMR: 10154/01.09.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul(a) (nume, prenume) DRĂGĂLAU LAVINIA având
CNI [REDACTED] titular ☐ reprezentant legal ☐ urmaș al ☒ cabinetului
1)* MEDICINĂ FAMILIE din cadrul unității
medicale CMI DR. MUREȘAN VASILE, organizată sub forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2)* ☐

cu sediul în:

3)* STR. CRĂȘILOR NR. 9 SATU MARE

în conformitate cu:

OUG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006 ☒

vă notific intenția de: vânzare ☒ cesionare ☐ donație ☐

a spațiului medical dobândit conf. OUG.68/2008 ☐

a terenului dobândit conf. OUG.68/2008 ☐

a praxisului conf. Ord. 1322/2006 ☒

începând cu data de 22.08.2026

Vă aduc la cunoștință următoarele:

Titularul/titularii dreptului de preempțiune **conf. Art.28 alin.2 din OUG 68/2008**
este/sunt 4)*:

Coproprietar(i): ☒

DRĂGĂLAU LAVINIA

Proprietar(i) vecin(i): ☐

1) Adresa de corespondență a titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

Coproprietar(i): ☒

STR. SIBIULUI, NR. 15, SATU MARE

Proprietar(i) vecin(i): ☐

Numărul/numerele de telefon al/ale titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

Coproprietar(i): ☒

0744.798.656

Proprietar(i) vecin(i): ☐

2) Prețul de vânzare al spațiului medical/praxisului este: CONFIDENTIAL

3) Adresa poștală pentru corespondență

este: STR. SIBIULUI, NR. 15, SATU MARE

4) Adresa de e-mail: LAVI_PSI@YAHOO.COM

5) Numărul de telefon: 0744.798.656

Solicit eliberarea adeverinței necesare înstrăinării praxisului/spațiului și transmiterea prin:

E-mail 5)* ☒ LAVI_PSI@YAHOO.COM

Poșta română ☐

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: 21.08.2026

1) *Se va preciza specialitatea

2) *Se va preciza forma cabinetului medical

3) *Se va preciza adresa completă

4) *Dreptul de preempțiune la înstrăinarea imobilelor revine doar coproprietarilor, dacă este cazul, și apoi proprietarilor vecini.

5) *Se va specifica adresa de e-mail